

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

Edouard PICHAT

Ancien interne des Hôpitaux de Nantes

Ancien chef de Clinique ophtalmologique à la Clinique libre du D^r Teillais

Médaille d'argent (Ministère de l'Intérieur)

(Epidémie cholérique 1893)

DE L'HÉMORRHAGIE

DANS

L'IRITIS

Président : M. PANAS, professeur.

MM. DUPLAY, professeur.

Juges :

NÉLATON

HARTMANN

Agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

414

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

Edouard PICHAT

Ancien interne des Hôpitaux de Nantes

Ancien chef de Clinique ophtalmologique à la Clinique libre du D^r Teillais

Médaille d'argent (Ministère de l'Intérieur)

(Epidémie cholérique 1893)

DE L'HÉMORRHAGIE
DANS
L'IRITIS

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : { MM. DUPLAY, professeur.
NÉLATON } *Agrégés.*
HARTMANN }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	BEAGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTNER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
A MA MÈRE

A MES SOEURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TEILLAIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ATTIMONT

A MES MAÎTRES :

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUBINEAU

Chef de Clinique du Docteur de Wecker

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, nous voulons adresser tous nos remerciements et dire toute notre reconnaissance à ceux qui, au cours de nos études médicales, nous ont éclairé de leurs conseils et guidé de leur expérience.

A notre vénéré Maître M. le D^r Teillais qui, durant le temps trop court que nous avons eu l'honneur d'être son chef de clinique, n'a cessé de nous prodiguer les plus grandes marques de bienveillance et d'intérêt. C'est lui qui nous a guidé dans le choix du sujet de notre thèse et c'est grâce à ses précieux conseils que nous avons pu mener notre travail à bonne fin. C'est pour nous un devoir bien doux à remplir que de lui exprimer aujourd'hui nos sentiments de gratitude et de reconnaissance.

A M. le D^r Attimont nous adressons l'expression de notre respect et de notre attachement. Nous gardons le vivant souvenir des six mois d'internat passés sous sa direction, pendant lesquels il nous a chaque jour donné les plus beaux exemples d'abnégation et de dévouement.

Nous remercions tous nos maîtres Messieurs les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Nantes, Messieurs les Médecins et Chirurgiens des hôpitaux de l'intérêt qu'ils nous ont témoigné pendant la durée de nos études.

Notre ami le D^r Aubineau a droit à tous nos remerciements pour le précieux concours qu'il nous a apporté dans la confection de notre thèse.

Merci enfin à notre ami et collègue Henry Chevillard pour l'obligeance avec laquelle il s'est mis à notre disposition.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Panas nous a fait un honneur dont nous sommes fiers. Qu'il nous permette de lui adresser ici l'expression de notre profond respect.



Objet et Division.

« L'hémorrhagie dans le cours de l'iritis, disait M. le Dr Teillais au Congrès ophtalmologique de 1894, bien que très connue, n'en demeure pas moins une manifestation assez rare pour qu'il soit permis de vous en entretenir et d'ajouter aux exemples relatés déjà de nouveaux éléments qui pourraient servir à élucider son caractère. » Et il commentait cinq observations personnelles.

« L'hémorrhagie est rare en effet, puisque, étant admis que l'iritis est une affection des plus communes, il se peut qu'il ne soit pas donné dans une longue pratique d'en constater la présence. »

Le terrain sur lequel nous nous plaçons aujourd'hui n'a donc pas encore été très exploré, ainsi que le témoigne la littérature médicale assez pauvre à cet égard, puisqu'avant M. le professeur Panas qui consacre le premier un chapitre spécial à cette question; les ouvrages classiques oublient généralement de mentionner l'hyphœma dans l'iritis.

Pour ces différentes raisons, nous nous sommes cru autorisé à étudier cette affection et nous nous sommes proposé d'en présenter l'histoire en nous appuyant sur les documents que nous avons pu réunir.

Broca, dans son article publié en 1883, intitule

le premier iritis hémorrhagique, l'iritis au cours de laquelle un épanchement de sang apparaît dans la chambre antérieure et M. le professeur Panas fait de cette dénomination le titre du chapitre qu'il a consacré dans son traité à l'étude de cette affection.

Mais cette dénomination ne nous semble pas appropriée, comme nous le démontrerons plus loin, au processus qu'elle désigne. Elle semble indiquer que l'on peu considérer l'iritis accompagnée d'hypohéma comme une entité morbide bien définie, comme une maladie spéciale ayant un caractère précis et une allure déterminée.

Ce n'est pas là notre avis. Nous nous rangeons à l'opinion de notre maître M. le Dr Teillais pour lequel « ni les observations anciennes, ni celles qu'il a pu recueillir ne permettent de faire de l'hémorrhagie dans l'iritis, une entité morbide que l'on pourrait désigner sous le nom d'iritis hémorrhagique. » Nous considérons l'hypohéma comme une simple complication survenant au cours de l'iritis, complication qui ne saurait être le symptôme pathognomonique d'une influence diathésique spéciale ni la catéristique d'une forme particulière.

Nous nous proposons dans ce travail de mettre en lumière cette conception de l'hypohéma dans l'iritis et de plus d'exposer les idées que nous ont suggérées la lecture des observations publiées, au sujet du pronostic et du traitement.

Notre travail se divisera ainsi :

Après un court historique de la question, nous étudierons :

- 1° L'étiologie des hyphœmas dans l'iritis ;
- 2° Les caractères que présente et les allures que revêt cette manifestation morbide ;
- 3° Nous relaterons rapidement les diverses théories émises au sujet de l'anatomie pathologique et de la pathogénie ;
- 4° La marche et le pronostic de cette maladie ;
- 5° Enfin, nous étudierons les idées émises au sujet du traitement et nous exposerons celles qui nous semblent devoir être admises.



CHAPITRE PREMIER

Historique

L'étude des hémorrhagies de la chambre antérieure et particulièrement celles des hyphœmas survenant au cours de l'iritis est encore fort incomplète.

Sans doute l'existence de ces épanchements a été signalée depuis longtemps. Au chapitre Iritis du Traité des maladies des yeux de Lawrence publié en 1830, on trouve cette phrase : « dans une violente inflammation, il peut y avoir une hémorrhagie, le sang se mélange alors avec différentes matières épanchées. » Desmares (1840), Carron du Villards (1847) font mention des hyphœmas dans leurs ouvrages.

Dès 1824, Leblanc décrit des faits semblables chez les animaux et, parlant « des maladies des chambres aqueuses dont l'existence se manifeste par le changement des liquides que contiennent ces cavités » ; il montre que l'ophtalmie très intense peut s'accompagner de troubles sanguinolents.

Mais lorsqu'on lit les ouvrages de tous ces auteurs, on voit qu'aucun d'eux ne semble attacher une grande importance à ce phénomène. Ils se bornent

à donner la définition des hyphœmas, attribuant pour la plupart leur existence à la production d'un traumatisme sans chercher s'il existe d'autres causes susceptibles de leur donner naissance.

De Wecker le premier, établit une distinction entre les hyphœmas traumatiques et les hyphœmas spontanés. Il classe ces derniers en deux variétés : dans l'une, les changements dont les membranes de l'œil sont le siège expliquent la rupture d'un vaisseau : ces changements sont produits par les maladies dans lesquelles la pression interne de l'œil a considérablement augmenté et où la circulation s'est notablement entravée (glaucome, exsudation localisée avec compression d'un vaisseau). Dans l'autre, l'épanchement sanguin doit être rapporté à un trouble de la circulation générale (quintes de toux, efforts de vomissements, maladies de cœur). Pour lui, ces épanchements de sang n'ont pas une grande importance et se résorbent rapidement.

Follin et Duplay, puis Jamin et Terrier dans leurs traités de pathologie externe, mentionnent l'hyphœma comme complication possibles de certaines irido-choroidites.

Abadie (1876) signale comme symptôme de la cyclite l'apparition dans la chambre antérieure d'épanchements de sang qui se résorbent parfois spontanément pour se reproduire ensuite avec la plus grande facilité.

En 1876, Alt dans un travail sur l'ophtalmie sympathique, relate brièvement un cas d'hémorrhagie de la chambre antérieure et, dans un nouvel

article publié l'année suivante, s'arrête plus longuement sur cette question. Il considère l'hyphœma comme l'apanage presque exclusif de l'iritis spécifique et de l'iritis suite d'opération.

La même année, Hutchinson essaie de donner une classification des hyphœmas qu'il distingue en consécutifs à l'opération de la cataracte, en sympathiques et en arthritiques séniles. Il nous donne quelques caractères particuliers à ces hémorrhagies auxquelles il n'attribue qu'un pronostic assez bénin.

Imre, en 1878, publie un important mémoire sur les épanchements sanguins de la chambre antérieure. Mais il envisage cette question surtout au point de vue du traitement et ne donne pas de division bien nette des hyphœmas. Dans son travail, un peu confus, où les observations sont citées sans beaucoup d'ordre, il ne nous montre pas distinctement dans quel cas on peut envisager l'iritis comme cause directe de l'hémorrhagie et, même tout en accordant qu'à la rigueur les hyphœmas puissent être le résultat, la conséquence d'une iritis, il est plutôt d'avis qu'il faut admettre la proposition contraire et que ce sont eux qui amènent à leur suite une inflammation de l'iris.

Dans un article du « Lyon médical » de 1879, Sabatier étudie les hyphœmas qu'il considère surtout comme complication des cataractes. Il donne une division nette en trois classes : 1° les hyphœmas opératoires ou comme il les appelle instantanés se produisant au cours de l'opération. 2° les hyphœ-

mas accidentels produits dans les jours qui suivent l'intervention par un choc non opératoire : toux éternuments. 3° enfin les hyphœmas spontanés (ceux qui nous occupent) dans l'étiologie desquels le traumatisme n'entre pour aucune part et « qui s'accompagnent de phénomènes iriens spéciaux.

La même année, Galezowski publie une observation d'hémorrhagie au cours d'une iritis et fait de l'hyphœmas un symptôme pathognomonique de l'iritis gouteuse.

Nous retrouvons dans le travail de Broca (1883) fait dans le service de M le Professeur Panas une division des hyphœmas presque identique à celle de Sabatier en hyphœmas d'origine traumatique ou opératoire et en hyphœmas spontanés. Mais Broca critique la dénomination d'hyphœmas spontanés employée par Sabatier. « Le mot spontané, dit-il, est mal choisi ; ces hyphœmas qui ne tiennent pas au traumatisme ont toujours une cause : l'inflammation de l'iris ». Il leur donne alors le nom d'iritis hémorrhagique, terme qui, croyons-nous du moins, n'avait jamais été employé avant lui.

Jusqu'en l'année 1890, on ne trouve plus dans la littérature médicale rien qui ait trait à la question.

Guttmann, au congrès de Berlin de 1890, présente deux enfants atteints d'iritis avec hyphœmas causées par la syphilis congénitale.

En 1892, Reche publie trois cas d'hémorrhagies de la chambre antérieure survenues au cours d'iritis.

Il fait remarquer quelle est l'importance étiologique de la diathèse rhumatismale et signale la fréquence des récidives qu'on observe dans cette affection.

M. le professeur Panas, dans son *Traité des maladies des yeux* (1894), consacre à la question un chapitre spécial qu'il intitule : « Iritis hémorrhagique ». Il considère cette manifestation comme une forme insolite de l'iritis. Son traité est le seul des ouvrages classiques qui fasse une place à part à cette question qui, jusqu'alors, n'avait été que brièvement signalée.

Enfin, le dernier auteur qui ait attiré l'attention sur l'hyphéma dans l'iritis est notre vénéré Maître M. le professeur Teillais, par une communication faite au Congrès ophtalmologique de Paris en 1894.



CHAPITRE II

Etiologie

En traitant ce chapitre de l'étiologie des hémorrhagies de la chambre antérieure, nous entendons parler seulement des hyphœmas se produisant dans un œil non opéré et exempt de tout traumatisme, car, dans les autres cas, la cause est le plus souvent trop directe pour qu'elle soit mise en discussion.

Les auteurs donnent peu de renseignements sur l'étiologie de ces hémorrhagies. Elles apparaissent surtout, nous dit-on, chez les vieillards ou les gens affaiblis, chez les arthritiques, les rhumatisants syphilitiques.

Examinons successivement chacun de ces points, relativement d'abord à l'âge des sujets atteints, puis aux diathèses susceptibles de donner naissance à cette manifestation.

Quand on parcourt les observations, on peut se convaincre que l'hémorrhagie dans l'iritis n'est pas l'apanage exclusif de la vieillesse. Sans doute, on trouve relatés des cas se rapportant à des vieillards.

C'est rapportée par Galezowski l'observation d'un malade de 77 ans ; celle de Sabatier ayant rapport à un homme de 73 ans et atteint de dégénérescence sénile. Enfin, Broca (obs. XVI) nous parle d'un sujet de 71 ans. Mais en somme, ces cas relatifs à des vieillards ne sont pas en majorité, et le nombre des observations rapportées ayant trait à des gens encore jeunes ou dans l'âge moyen de la vie est beaucoup plus considérable. Le troisième malade de Broca n'a que 26 ans. Les 3 observations rapportées par Reche ont trait à des individus de 25, 30 et 55 ans. Des cinq malades dont M. le Dr Teillais rapporte l'histoire, le plus âgé a 55 ans (obs. VIII) et les autres 52 ans (obs. II), 44 ans (obs. III), environ 30 ans (obs. V) et 28 ans (obs. IV). Enfin, il ne faut pas oublier que Guttmann a présenté au Congrès de Berlin de 1892 des enfants, sans doute atteints d'une diathèse héréditaires, mais âgés seulement de 6 mois.

Nous pensons donc qu'on peut dire hardiment que l'hémorrhagie, dans l'iritis, ne se voit pas seulement chez les vieillards, mais s'observe également à tous les âges de la vie.

Quant au sexe, tous les auteurs l'ont signalé et nous le répétons avec eux, le sexe masculin est de beaucoup le plus souvent atteint et on se l'expliquera facilement quand nous aurons exposé les influences diathésiques et les états pathologiques primordiaux qui donnent naissance ou tout au moins favorisent l'apparition de cette affection.

Si nous voulons maintenant, en nous aidant des observations recueillies, éclaircir la question des influences diathésiques et des prédispositions morbides susceptibles de produire des hémorrhagies dans l'iritis; nous nous heurtons à bien des divergences d'opinion.

Galezowski s'appuie sur une seule observation pour faire de l'hyphéma la caractéristique de l'iritis gouteuse.

Nous résumons ici cette observation.

OBSERVATION I (résumée. Galezowski)

M. C..., 77 ans, rentier à Paris, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a cinq ans, il fut pris de douleurs excessivement violentes dans le gros orteil droit. Bientôt les douleurs se généralisèrent à toutes les articulations du côté droit. Le malade ne pouvait plus marcher. Les douleurs restèrent à l'état aigu pendant 4 mois. Elles persistent toujours depuis cette époque.

En outre, C... a depuis 20 ans environ un commencement de rétraction musculaire des fléchisseurs des doigts des mains. Cette contracture, surtout accentuée au fléchisseur de l'auriculaire, devient chaque jour plus complète.

En somme, diathèse essentiellement rhumatismale avec manifestation gouteuse.

Il y a 3 semaines, C... ressentit des picotements

dans l'œil gauche qui devint congestionné. Quelques douleurs se firent sentir au-dessus du sourcil.

Lorsque le malade vient consulter, on trouve le globe de l'œil très congestionné et un amas sanguin dans la chambre antérieure.

On prescrit 4 sangsues à la tempe et salicylate de soude. Ce traitement produit un effet salutaire.

Le 23 août, guérison complète.

Nous ne saurions admettre l'hyphœma dans l'iritis comme pathognomonique de la goutte. Sans doute dans le cas cité plus haut, l'affection oculaire dont est atteint le malade, en relève évidemment. Mais les autres observations publiées ne mentionnent pas la goutte à la base de l'affection qui nous occupe, et bien des sujets atteints d'iritis, ni gouteux, ni même rhumatismal peuvent présenter des hémorrhagies au cours de leur affection oculaire.

Pour d'autres auteurs, Reche en particulier, la diathèse rhumatismale est la cause qui préside à l'apparition de ces hémorrhagies.

Enfin, Alt, s'il ne fait pas des hyphœmas l'apanage exclusif des syphilitiques, les considère cependant comme très rares chez les sujets atteints d'iritis, qui ne présentent pas la diathèse spécifique.

En somme, les avis sont partagés et les observations nous montrent que la goutte et le rhumatisme aussi bien que la syphilis peuvent être la cause des hyphœmas dans l'iritis.

Ceci nous est déjà une preuve que ce phénomène

n'est pas, tout au moins au point de vue étiologique, une maladie ayant son essence propre et son individualité distincte d'autant plus que nous allons trouver tout à l'heure, en commentant d'autres observations, d'autres facteurs étiologiques qui n'ont pas été signalés par les auteurs précédents et dont la variété est à notre avis de nature à nous affermir dans notre opinion.

Puisque chacune de ces diathèses : arthritisme, goutte, syphilis, ne suffit pas à nous expliquer l'apparition de ces accidents hémorragiques et que, même en dehors d'elles, on peut trouver d'autres facteurs susceptibles de donner naissance à cette manifestation ; ne nous est-il pas permis de remonter plus haut et de chercher si nous ne trouvons pas le moyen d'expliquer ces hémorragies oculaires en les ramenant aux causes primordiales des hémorragies en général ?

Quelles sont les causes de l'hémorrhagie ? En premier lieu, les altérations du système vasculaire... Mais lorsqu'on nous signale comme influences diathésiques des hyphœmas l'arthritisme, la goutte, la syphilis, fait-on autre chose que se reporter à l'état des parois vasculaires ? L'artério-sclérose et l'athérome s'observent avec une extrême fréquence chez certains individus rentrant dans la grande classe de ceux qu'on a désignés sous le nom d'arthritiques. Or, le rhumatisme chronique est une des manifestations de cette grande diathèse qu'on appelle l'arthri-

tisme, état que caractérise tout un ensemble de troubles de la nutrition.

« Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on voie figurer comme causes athéromigènes et sclérogènes à côté du rhumatisme chronique tous les autres termes de ce grand ensemble morbide : la goutte, le diabète. Et de fait, les lésions artérielles sont la règle chez les gouteux ; ces lésions vasculaires sont même fréquemment l'origine d'accidents divers qu'on met trop souvent peut-être sur le compte de la goutte ».

Quant à la syphilis, elle est fréquemment la cause d'artérites de divers formes qui atteignent les différentes sortes de vaisseaux, en particulier les vaisseaux de petit calibre.

C'est non seulement la syphilis acquise qui exerce son action sur les vaisseaux, mais aussi la syphilis héréditaire. Chiari a cité un cas de lésions des artères cérébrales chez un enfant de 15 mois atteint de syphilis congénitale. Ceci nous explique l'apparition des hyphœmas chez les deux enfants de 6 mois syphilitiques héréditaires cités par Guttman.

Il est un autre facteur étiologique que nous ne trouvons signalé que par M. le Dr Teillais et qui pourtant nous semble être d'une grande importance au point de vue de l'origine des hémorrhagies de la chambre antérieure. C'est l'alcoolisme. L'alcoolisme est très souvent la cause de lésions vasculaires et bien que l'opinion contraire ait été discutée, la

plupart des auteurs le considèrent comme une cause d'athérome et d'artério-sclérose.

En somme, nous voyons que toutes les causes des hémorrhagies dans l'iritis signalées par les auteurs, c'est-à-dire la diathèse rhumatismale, la goutte, la syphilis et nous ajouterons, nous, l'alcoolisme se ramènent à une seule cause primordiale : l'altération des vaisseaux qui est elle-même est un des facteurs les plus importants dans la genèse des hémorrhagies quelles qu'elles soient et d'où qu'elles viennent.

L'observation suivante est un bel exemple de ce que nous venons d'avancer. On y voit se succéder à très court intervalle deux évolutions du même processus hémorrhagique imputables à une même cause : l'artério-sclérose.

OBSERVATION II (D^r Teillais)

Le nommé L, charpentier, âgé de 52 ans, est un buveur endurci. Il accuse des douleurs erratiques dans les membres. Il n'a pas d'antécédents syphilitiques. Sujet à l'oppression depuis quelques mois surtout, il se plaint de douleurs dans la région précordiale. L'auscultation révèle un souffle systolique râpeux dans la direction de l'aorte, signe certain d'aortite chronique. Il est en même temps emphysémateux. Voilà quant à l'état général :

Le 8 février 1886, il vint me consulter pour des

troubles visuels de l'œil droit. L'œil est à peine injecté et peu douloureux, mais la pupille ne réagit pas à l'action de la lumière et il est facile de constater une modification dans la couleur de l'iris.

Nous sommes au début d'une iritis dont les caractères ne tardent pas du reste à s'affirmer.

Au bout de 3 semaines, l'œil, qui malgré l'inflammation, était pour ainsi dire resté indolent, devint d'une sensibilité exagérée pendant deux jours, puis apparut tout à coup un hyphéma qui remplit presque complètement la chambre antérieure.

Huit jours après, il n'en restait plus de traces. Je ne revis plus le malade.

Reste le trait le plus intéressant de cette observation.

Un an après environ, il revint accusant cette fois une cécité presque complète de l'œil droit. Il n'offrait alors aucun symptôme inflammatoire et l'iris semblait n'avoir jamais été atteint.

L'ophtalmoscope nous révéla facilement, car le corps vitré était intact, de nombreuses tâches hémorragiques de forme ronde disséminées sur la rétine et particulièrement une extravasation considérable dans la région maculaire, ce qui est l'explication de la cécité.

Le malade, peu soucieux de son état et des soins qu'on lui donnait, disparut, m'empêchant ainsi de suivre jusqu'au bout l'évolution du processus hémorragique.

Cette observation nous montre bien que ce n'est pas tant l'alcoolisme qu'il fallait incriminer au premier abord, lorsque, au cours de son iritis, le malade

présenta de l'hyphœma, que l'altération pathologique des vaisseaux, l'artério-sclérose, sous l'influence de laquelle, quelques mois plus tard, apparurent sur la rétine des extravasations sanguines relevant évidemment de la même cause.

Nous pouvons donc faire rentrer dans la première classe des facteurs étiologiques des hémorrhagies en général : l'altération vasculaire les causes de la plupart des cas d'hyphœmas dans les iritis.

Mais il est d'autres agents qu'on peut invoquer. Nous pouvons nous en convaincre en lisant les observations suivantes :

OBSERVATION III (D^r Teillais.)

Madame T..., propriétaire, âgée de 44 ans, vint me consulter une première fois il y a six mois pour une affection de l'œil gauche qu'on est convenu d'appeler une iritis séreuse bien qu'il parait démontré que le produit de l'inflammation est cellulaire et non pas de nature séreuse.

D'une famille de goutteux, elle n'a jamais éprouvé de douleurs d'aucune sorte.

Après deux mois environ de maladie, l'œil peu injecté, supportait assez facilement la lumière ; la pupille immobile en bas réagissait en haut. L'acuité visuelle était réduite à 1/6.

A l'éclairage latéral, on découvrait une foule de petits points blanchâtre répartis en bas sur la membrane de Descamets.

Dans le cas présents, je considèrai l'iritis comme une complication de la ménopause.

L'année suivante, Madame T., vint à Nantes de nouveau me consulter pour une affection de l'œil droit.

Quant à l'œil gauche, complètement guéri, il avait recouvré une acuité visuelle de 2/3.

Au bout de trois semaines, une hémorrhagie envahit la chambre antérieure de l'œil droit et de la façon la plus inattendue sans provoquer ni douleurs, ni injection périkeratique.

La résorption cette fois, se fit avec une certaine lenteur. Trois semaines s'étaient écoulées qu'on voyait encore teintés de rouge des débris d'épithélium ou de molécules graisseuses qui flottaient dans la chambre antérieure. J'ai revu récemment la malade qui possède aujourd'hui une bonne vision des deux yeux.

A ce cas, il faut rattacher le suivant :

OBSERVATION IV (Dr Teillais).

M^{lle} M., âgée de 28 ans, couturière, d'une constitution délicate, chlorotique, vient à la clinique le 10 mars, quinze jours environ après le début de l'affection oculaire qui l'avait prise pendant une période menstruelle. Elle n'avait pas d'abord attaché d'importance à ce mal d'yeux, qu'elle avait éprouvé plusieurs fois à l'époque cataméniale.

L'œil était atteint d'iritis simple présentant une synéchie en haut et en bas. L'humeur aqueuse était trouble et la conjonctive légèrement hyperémiée.

Le 15 mars, les douleurs qui avaient été jusqu'alors insignifiantes s'accrochèrent pendant la nuit et je constatai le lendemain en même temps qu'une forte injection périkeratique, un épanchement de sang dans la chambre antérieure. Trois jours après, il était résorbé.

Mais huit jours se passent et il se reproduit en plus grande abondance.

Il a la forme d'un triangle à base périphérique et à sommet central correspondant à une synéchie du bord pupillaire. Il est d'une belle couleur rouge.

La résorption dura huit jours. Après quoi, la pupille recouvra une forme parfaite et toute sa mobilité. La vision est normale.

La malade n'a pas d'antécédents syphilitiques et n'est pas rhumatisante, mais elle peut être considérée comme hémophile.

En entendant parler d'hémorrhagie, elle déclare spontanément que plusieurs fois de simples piqûres lui ont fait perdre des quantités de sang considérables.

Nous avons rapproché à dessein ces deux observations parce que chez les deux malades qui en font le sujet, une seule cause ou plutôt la cause principale des hémorrhagies dans le cours de leurs iritis est la même. Si nous faisons une réserve, c'est que dans le second cas un état constitutionnel particulier : l'hémophilie a sûrement dû ajouter son action à celle de la cause primordiale.

Ces malades ne sont ni des arthritiques, ni des syphilitiques. Par conséquent, on ne saurait invoquer

comme causes l'artério-sclérose ou l'athérome artériel comme chez les sujets qui sont l'objet des observations précédemment citées.

Mais toutes deux sont dans un état morbide particulier, caractérisé par les troubles des fonctions utérines. La première est une femme arrivée à l'époque de la ménopause ; la seconde est atteinte de dysménorrhée. Ces deux causes sont à notre avis suffisantes pour expliquer les épanchements sanguins qui se sont montrés au cours des affections oculaires de ces deux malades.

La période de l'âge critique chez la femme marque souvent le début de diverses affections ou de certains symptômes généralement exempts de gravité.

Il se produit une pléthore sanguine en même temps qu'un état nerveux très marqué. L'économie habituée à perdre chaque mois une quantité variable de sang éprouve le besoin d'une décharge. De là, des hémorrhagies de toutes sortes.

Il est donc naturel de penser que dans la première des deux observations ci-dessus, le processus hémorrhagique survenu au cours de l'affection oculaire peut être rapporté aux troubles circulatoires existant chez la malade au moment de la ménopause.

Du reste, des faits analogues ont été signalés plusieurs fois, par Lawrence entre autres qui rapporte l'observation d'une femme de 45 ans qui fut après la disparition de ses règles atteinte régulièrement chaque mois d'hyphœmas.

De même, la dysménorrhée et surtout la forme

de cette affection à laquelle on donne le nom de dysménorrhée congestive peut se traduire par des phénomènes de pléthore sanguine qui favorisent les hémorrhagies.

C'est cet état dysménorrhéique qui domine l'histoire morbide chez la malade qui fait l'objet de l'obs. IV et c'est à cet état, pensons-nous, qu'il faut rapporter les troubles oculaires avec les complications hémorrhagiques qui se sont produits chez elle. L'affection dont elle est atteinte a fait son apparition au moment d'une époque menstruelle et la malade n'a pas d'abord attaché d'importance à ce mal d'yeux « qu'elle avait éprouvé plusieurs fois à l'époque cataméniale ». Il existait donc souvent chez elle au moment d'une époque menstruelle un état congestif qui, après s'être plusieurs fois traduit par des phénomènes oculaires sans importance, a fini par amener un état plus inquiétant. Cela seul ne nous autoriserait-il pas à admettre que l'hémorragie de la chambre intérieure de la malade est due à cet état congestif, à cette pléthore sanguine pour ainsi dire progressive à laquelle cette jeune fille était exposée de par l'irrégularité de ses fonctions utérines.

Mais dans ce dernier cas, un autre facteur est sans doute venu contribuer puissamment à l'apparition de l'épanchement sanguin. La malade est une hémophile. Le seul terme d'hémorrhagie employé devant elle éveille dans son esprit le souvenir d'effusions sanguines répétées et abondantes survenues sous

l'influence de la moindre cause. Ceci nous suffit pour affirmer notre diagnostic.

Or, nous savons que chez les hémophiles, les hémorrhagies n'ont pas besoin pour se produire d'être sollicitées par un traumatisme, mais qu'elles peuvent se produire spontanément (surtout au niveau d'une région prédisposée par l'inflammation). Il est donc très probable que l'hémophilie a pris une large part dans la production des phénomènes hémorrhagiques qui ont accompagné l'affection inflammatoire de l'œil de notre malade.

Voilà donc dans l'étiologie de l'hémorrhagie dans l'iritis deux nouveaux facteurs : le trouble des fonctions menstruelles et l'hémophilie qui ne sont pas spéciaux à l'hémorrhagie irienne, mais sont communs à toutes les hémorrhagies en général.

Les hémorrhagies peuvent encore reconnaître une autre origine : un trouble de l'innervation.

Une des observations de M. le Docteur Teillais nous semble pouvoir être rapportée à cette cause :

OBSERVATION V (D^r Teillais).

Le nommé C..., comptable est atteint de zona de la face depuis quinze jours. Il n'est ni rhumatisant, ni syphilitique.

Examiné le 8 juin 1887, il présente sur la cornée gauche une ulcération étendue et profonde, résultat sans doute de la rupture d'une vésicule. L'ulcère

entouré d'une zone blanchâtre est recouvert lui-même d'un enduit gris foncé. L'humeur aqueuse est louche. Le malade est en proie à photophobie intense et à des douleurs ciliaires intolérables.

Après des instillations d'atropine, la pupille dont les bords sont déchiquetés se dilate irrégulièrement et témoigne ainsi que l'inflammation a gagné l'iris.

Le 11 juin, un épanchement de sang apparaît dans la chambre antérieure et s'élève jusqu'au bord inférieur de la pupille. Les douleurs ciliaires atteignent alors leur plus haute acuité.

Cette hémorragie met 6 jours à se résorber.

A partir de ce moment, une décroissance s'opère dans tous les symptômes et la réparation de l'ulcère s'affirme progressivement.

Le 12 août, toute injection a disparu et l'œil peut être considéré comme guéri. La pupille est déviée horizontalement du côté interne, un leucome adhérent avec l'iris occupe le siège de l'ulcère.

Il nous sera peut-être permis d'attribuer une origine spéciale à ce cas d'hémorragie.

L'étiologie et la pathogénie du zona sont encore l'objet de vives discussions. Certains auteurs veulent en faire une maladie générale infectieuse, probablement parasitaire analogue aux fièvres éruptives, mais l'opinion générale est qu'on doit le considérer comme un trouble de l'innervation trophique. Or, il est probable que l'hémorragie qu'a présenté le malade au cours de son iritis relève du même trouble d'innervation qui a amené l'apparition du zona. Il est en effet incontestable qu'il y a des hémorragies qui

dépendent d'altérations nerveuses ; les sueurs de sang en sont un bel exemple. Du reste, dans la variété de zona à laquelle on donne le nom de zona hémorrhagique, on voit les vésicules d'herpès se remplir de sang. Aussi, étant donné que le malade qui fait l'objet de l'observation précédente ne présente aucune diathèse, n'est sous l'influence d'aucun état dyscrasique qu'on puisse assigner comme cause à l'hyphéma, sommes-nous en droit d'assimiler ce processus hémorrhagique aux hémorrhagies de source nerveuse dûes à une altération des vaso-moteurs.

En résumé, en passant en revue les causes générales des hémorrhagies : altérations vasculaires, troubles dans les fonctions des organes génitaux de la femme, hémophilie, altérations nerveuses ; nous avons vu qu'à chacune d'elles on pouvait attribuer une part dans la production des hyphémas dans l'iritis et que chacune des diathèses signalées par les auteurs comme favorisant l'apparition de l'épanchement sanguin ne peut agir que parce qu'elle relève elle-même de ces facteurs étiologiques primordiaux.

Rien ne distingue donc particulièrement l'hémorrhagie de la chambre antérieure dans l'iritis et ne nous autorise à la considérer comme une maladie spéciale à étiologie bien déterminée.

A côté de ces causes générales, il faut faire place à un facteur moins important et qui n'entre dans l'étiologie qu'à titre de cause occasionnelle. C'est l'inflammation de l'iris. Les vaisseaux de l'iris enflammés sont dilatés par un flux de sang plus considérable

qu'à l'état normal. On conçoit donc que chez un arthritique, chez un alcoolique dont la résistance, la vitalité des parois vasculaires sont amoindries du fait de l'artério-sclérose, chez un malade atteint de troubles dûs à une altération des nerfs vaso-moteurs ; les vaisseaux ne puissent résister à cette poussée sanguine amenée par l'inflammation et qu'il se produise des ruptures vasculaires. C'est ainsi, pensons-nous, que l'iritis peut favoriser la production des hyphœmas.

Cet avis n'est pas admis par tous. Imre considère l'hémorrhagie non pas comme le résultat, mais comme la cause de l'iritis. Il s'appuie sur ce fait que, d'après lui, l'apparition de sang dans la chambre antérieure précède de beaucoup les symptômes inflammatoires de l'iris. Nous démontrerons tout à l'heure que dans la plupart des cas, pour ne pas dire toujours, il n'en est pas ainsi et nous nous rangerons à l'avis de Sabatier, d'Hutchinson et de Broca qui ont battu en brèche la théorie de Imre et considèrent que l'inflammation de l'iris n'est pas le résultat, mais la cause de l'hyphœma, mais, ajouterons-nous, cause seulement occasionnelle et prédisposante qui ne fait que préparer un *locus minoris resistentiæ*, propice à l'apparition du processus hémorrhagique engendré par les grandes causes générales que nous avons signalées plus haut.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Dans ce chapitre, nous allons, en nous aidant des observations recueillies essayer de mettre en relief les caractères de l'hémorrhagie dans l'iritis, de montrer comment, à quel moment elle apparaît et l'aspect symptomatologique qu'elle présente.

A cet effet, nous ne pouvons mieux faire que de prendre pour point de départ l'analyse clinique à laquelle s'est livré notre maître M. le Dr Teillais, grâce à des observations relativement nombreuses et d'ordre différent. Nous reproduisons donc ici le tableau symptomatologique qu'il a tracé dans son travail :

« Ce qui n'est pas contestable, dit-il, c'est que l'apparition de l'hémorrhagie est brusque et sa résorption facile, qu'elle est sujette à des récidives et que, malgré la surprise ou les appréhensions qu'elle fait naître, elle n'entrave pas d'ordinaire la marche de l'iritis et ne compromet pas sa guérison.

« Un point sur lequel j'attire votre attention, c'est que je n'ai jamais vu l'hémorrhagie de la chambre

antérieure comme symptôme de début ne faisant pas ainsi présager dès le premier moment, une allure inaccoutumée, ni une forme spéciale.

Dans l'iritis simple, l'humeur aqueuse est depuis longtemps floconneuse et des masses exsudatives ont déjà pu se former, lorsqu'elle apparaît soudain. Dans l'iritis plastique, les synéchies sont organisées depuis un certain temps, lorsque l'embarras circulatoire s'accroissant, le sang vient se mélanger aux molécules graisseuses et aux débris d'épithélium qui occupent la chambre antérieure. Si l'hémorrhagie n'est pas précédée de signes précurseurs, elle ne laisse pas cependant d'accuser son apparition par un ensemble de symptômes, marqué par le retour subit de l'injection périkeratique qui avait disparu un moment, par un larmolement exagéré et souvent par une douleur très vive, irradiant autour de l'orbite, quelle que soit, du reste, l'abondance de l'épanchement. Cette aggravation est toujours de courte durée et s'apaise même bien avant que la résorption ne soit accomplie. Le liquide épanché est de couleur rouge et a l'aspect du sang pur. »

L'analyse des observations va nous prouver la vérité des assertions émises par M. le docteur Teillais.

En premier lieu, l'iritis n'est pas un symptôme de début.

Dans certaines observations, il s'écoule un très long temps entre le début de l'iritis et l'apparition des phénomènes hémorrhagiques, témoin l'observation suivante, due à Sabatier.

OBSERVATION VI (Sabatier).

M. X..., 73 ans, est atteint depuis deux ans d'albuminurie et a offert dès lors une dégénérescence sénile rapide.

Depuis trois mois, il souffre d'une affection oculaire de l'œil droit, c'est une irido-capsulite accompagnée d'un peu de douleur et de rougeur du globe, mais à forme essentiellement chronique, à réaction peu vive.

L'iritis chronique de l'œil droit a été pendant quatre à cinq semaines d'apparence favorable en ce sens que la pupille s'est bien dilatée sous l'influence de la belladone et que les phénomènes réactionnels sur le globe se sont amendés, mais dans les derniers jours de février, on voit à l'éclairage oblique un hyphama manifeste ayant la forme caractéristique d'une lunule inférieure, en même temps que l'on constate sur toute la portion inférieure de l'iris une pseudo-membrane sillonnée d'un riche réseau capillaire néoformé.

Aujourd'hui encore, les phénomènes hémorrhagiques persistent et l'on voit de fausses membranes vascularisées sur l'iris ainsi que du sang dans la chambre antérieure.

Dans cette observation, non seulement l'hémorrhagie ne s'est pas montré au début de l'iritis, mais elle a pour ainsi dire attendu la diminution, la régression des symptômes inflammatoires pour se produire.

Il en a été de même chez les sujets qui font l'objet des observations II et III. Dans ces deux cas, depuis trois semaines déjà, on avait pu constater l'existence d'une iritis lorsque les phénomènes hémorragiques se sont produites.

C'est encore lorsque la maladie semblait en voie de guérison et qu'on était en droit d'espérer une guérison prochaine que l'on a vu apparaître l'hyphama chez le malade qui fait l'objet de l'observation ci-dessous :

OBSERVATION VII (D^r Teillais)

Le nommé B.... plâtrier, âgé de 55 ans, est un syphilitique et un alcoolique. Les artères superficielles dures et sinueuses présentent les signes certains de l'athérome. Il porte sur le front des taches de teinte cuivrée dont la spécificité n'est pas douteuse.

Son affection oculaire datait de trois semaines lorsqu'il vint à la clinique le 2 septembre 1893. L'œil droit qui est seul atteint présente tous les caractères de l'iritis : une injection périkeratique intense, un trouble profond de la chambre antérieure et une exsudation qui envahit tout le porteur du bord pupillaire.

Le diaphragme est absolument immobile et la vision est réduite à une simple perception lumineuse. La douleur est modérée.

Le 14 septembre, alors que les symptômes étaient en décroissance, le malade fut pris d'une

céphalalgie intense pendant la nuit et il présenta le lendemain une hémorrhagie abondante de la chambre antérieure dont le niveau dépassait l'orifice pupillaire.

Le 18 septembre, c'est à dire quatre jours après la résorption, était presque absolue, lorsque le flot sanguin fit une nouvelle irruption sans provoquer cette fois de douleur exagérée ni d'exacerbation dans les autres symptômes.

Le sang mit huit jours à disparaître. Après une absence d'une semaine, le malade revint présentant une seconde récurrence.

C'est ainsi que dans un délai restreint, trois hémorrhagies se succédèrent sans avoir retardé la maladie d'une manière appréciable.

En effet, le 4 novembre, c'est à dire après deux mois et demi environ de durée, l'affection est terminée. Les produits d'exsudation assez nombreux d'abord ont disparu et toutes les synéchies ont été déchirées sauf en bas dans un département très limité. Enfin l'œil a repris son aspect normal et la vision est bonne.

Voilà donc un homme malade depuis trois semaines et qui présente à son entrée les signes d'une iritis en pleine évolution : injection périkeratique, trouble de la chambre antérieure avec exsudat et chez lequel on voit apparaître l'hémorrhagie quinze jours seulement après, lorsque déjà les symptômes se sont amendés.

Le malade suivant, cité par Reche avait vu se produire une telle amélioration dans son état qu'il

avait cessé tout traitement quand l'épanchement sanguin est venu compliquer la situation.

OBSERVATION VIII (Reche)

J. E..., tailleur, 25 ans, ancien syphilitique, souffre depuis deux ans de violents rhumatismes. Dans les deux dernières années, il a souffert deux fois d'iritis grave.

Le 21 février 1888, légère iritis, rapide et pleine dilatation pupillaire sous l'influence de l'atropine.

26 février. — Le malade cesse tout traitement à cause de l'amélioration.

28 février. — Il revient avec violentes douleurs frontales, injection pericornéenne, iritis légèrement coloré, humeur aqueuse limpide.

2 mars. — Du sang pur, sans mélange d'autre exsudat, remplit plus de la moitié de la chambre antérieure. Traitement : atropine, cocaïne, calomel à l'intérieur et bandeau.

La guérison évolue rapidement et le patient est laissé le 15 mars, guéri.

Les observations que nous venons de citer sont les plus caractéristiques, puisque l'hémorrhagie n'est apparue pour ainsi dire qu'à la fin de l'iritis. Mais en parcourant les autres, on constate que si le laps de temps qui s'est écoulé entre le début de l'inflammation irienne et la production de l'hémorrhagie est

moins long que, dans les précédentes, il a été cependant suffisant, pour qu'on ait pu constater les signes certains de l'iritis et suivre quelque temps l'évolution de la maladie avant de voir se produire l'épanchement sanguin. Le premier malade observé par Reche (Obs. XVII), avait déjà depuis plusieurs jours un exsudat dans la chambre antérieure et des couennes grisâtres recouvrant la pupille. Le malade dont suit l'observation, signalé par le même auteur, se présente à lui pour la première fois le 10 février, avec une iritis bien caractérisée, et ce n'est que le 15 février, c'est-à-dire cinq jours après, qu'on voit la chambre antérieure remplie de sang.

OBSERVATION IX (Reche)

J. N. 20 ans, cordonnier et veilleur de nuit, a séjourné à l'hôpital il y a 4 ans pour un rhumatisme aigu fébrile des articulations des mains. Pas de syphilis.

Le 10 février, il vient se faire soigner pour une iritis récente de l'œil gauche. Humeur aqueuse troublée. Iris coloré. Léger chémosis.

15 février. — La chambre antérieure est remplie au $\frac{1}{3}$ d'un sang liquide; la pupille ne réagit pas à l'atropine et à la cocaïne.

16 février. — Hyphémie un peu moins abondante. Pupille un peu plus large, injection moindre. Un exsudat de couleur bilieuse recouvre presque toute la pupille.

17 février. — Il ne reste plus de l'exsudat qu'une légère tache sur la capsule du cristallin. Hyphémie presque complètement disparue. Plus aucune douleur. Le malade compte les doigts à deux mètres.

18 février. — On ne voit plus de sang.

20 février. — Le malade compte les doigts à trois mètres.

1^{er} mars. — Le malade ne revient pas à cause de l'amélioration.

5 mars. — Violentes douleurs, pupille contractée ; larges synéchies supérieures et inférieures.

8 mars. — Synéchies disparues, pupille ronde ; plus de douleurs ; plusieurs taches de pigment sur la partie antérieure de la capsule du cristallin.

12 mars. — Le malade est considéré comme guéri. Il compte les doigts à cinq mètres.

Les quelques observations très peu nombreuses du reste, dans lesquelles on a pu constater l'hyphœma le jour même de l'entrée du malade ne peuvent nous infirmer dans notre opinion, car dans ces cas, on n'a pu suivre l'évolution de la maladie et on est absolument ignorant de la marche de l'affection. Un de ces malades (obs. I) est depuis trois semaines atteint de l'affection qui l'amène consulter. Depuis ce temps, il ressent des douleurs ciliaires et éprouve une photophobie très intense. C'est après cette longue période qu'il se décide à demander des conseils à un oculiste qui constate alors en son œil la présence d'un hyphœma assez considérable. Mais quand cet hyphœma a-t-il débuté ? Nous n'en savons rien, et

raisonnant par analogie, en nous reportant aux cas signalés plus haut dans lesquels on a pu voir les malades au début de leur affection et suivre pas à pas l'évolution de la maladie; nous avons le droit de penser que les symptômes d'inflammation irienne ont dû précéder les symptômes hémorrhagiques.

Il en est de même pour les trois malades cités par Broca chez lesquels il put constater dès l'entrée des symptômes d'inflammation de l'iris en même temps qu'une hémorrhagie de la chambre antérieure. Le premier (obs. XVI) a depuis quinze jours de la photophobie et des douleurs ciliaires quand il vient à l'hôpital. Le second est dans le même cas (obs. XVI). Quant au troisième, l'observation va nous montrer la marche de la maladie.

OBSERVATION X (Broca).

Viennet Jacques, 26 ans, employé de chemin de fer, entré le 27 août 1883. Salle Saint-Julien, n° 18.

N'a jamais rien eu aux yeux, nie la syphilis. Pas de rhumatisme personnel ou héréditaire. Pas de traumatisme.

Depuis 2 à 3 jours, la vue de l'œil gauche s'était un peu troublé, sans rougeur ni douleur de l'œil quand, le 21 avril au matin, le malade trouva cet œil rouge, toujours indolent, sauf un peu de photophobie. La vue baisse rapidement.

Actuellement : Beaucoup de conjonctivité; sur

les vaisseaux conjonctivaux mobiles, on aperçoit un cercle péricératique modéré. La cornée est sauve. L'iris est moins foncé que du côté opposé où il est brun, mais il est difficile à voir, car il est de toute part recouvert par le sang non collecté encore en hyphœma. Le champ pupillaire est obstrué par une fausse membrane jaunâtre. Douleur à la pression sur le cercle ciliaire, surtout en dehors. Tonus légèrement diminué. O. D. absolument sain. (Atropine, compresses chaudes.)

30 août. Le sang a notablement diminué. On voit bien l'iris qui est jaune. Occlusion pupillaire. Persistance de la douleur à la pression.

Le malade, qui fait le sujet de cette observation, n'est venu consulter que plusieurs mois après le début de son affection. Cela laisse le champ libre à toutes les hypothèses sur la marche de la maladie et il nous semble raisonnable d'admettre que dans ce cas, comme dans la grande majorité des autres, l'hyphœma a dû se produire comme à l'ordinaire, c'est à dire quelques jours, peut-être quelques semaines après l'éclosion des phénomènes inflammatoires.

Nous pouvons donc admettre, avec M. le Dr Teillais, que l'hémorrhagie dans l'iritis n'est pas un symptôme de début, mais qu'elle n'apparaît que lorsque l'inflammation s'est déjà révélée par ses symptômes habituels et quelquefois même au moment où ces symptômes semblent s'amender et rentrer en régression.

De ce fait, nous tirerons deux conséquences :

En premier lieu, nous pensons que ce mode d'apparition de l'hémorrhagie de la chambre antérieure ne permet pas d'en faire une maladie spéciale. Pendant plusieurs jours, plusieurs semaines parfois, cette iritis dite hémorrhagique évolue comme une iritis ordinaire, ne présente que les symptômes habituels à cette affection et, pendant longtemps, on ne peut porter que le diagnostic d'iritis séreuse, d'iritis plastique, d'iritis rhumatismale ou d'iritis spécifique selon la forme prise par l'exsudat dans la chambre antérieure ou suivant les antécédents pathologiques du malade. Pourquoi, lorsqu'on voit se produire un épanchement sanguin; ne pas se contenter de le considérer comme une simple complication et mettre une autre étiquette à une maladie que, pendant plusieurs jours, on avait été obligé de désigner sous un autre nom en l'absence de signes propres à faire soupçonner une maladie spéciale, une variété d'iritis bien nette.

Une observation, due à Broca, nous semble venir à l'appui de ce que nous avançons.

OBSERVATION XI (Broca).

Riès, journalier, entré le 13 avril 1883. Salle Saint-Julien, n° 6.

N'a jamais eu mal aux yeux. Il y a quinze jours a commencé à sentir des grains de sable dans l'œil

gauche, puis douleurs ciliaires, photophobie (applications froides). A l'entrée, conjonctive saine. Vaisseaux périkératiques fins et serrés. Deux ou trois ulcérations larges comme une tête d'épingle sur la cornée en dehors. Photophobie. Blépharospasme. Douleurs préorbitaires, douleur à la pression sur le cercle ciliaire. Iris resserré, de coloration normale. Tonus normal. Léger hyphœma.

18 avril. — La pupille droite s'est fort peu dilatée. Pendant la nuit dernière, sensation de grains de sable dans l'œil droit dont ce matin, la chambre antérieure est un peu trouble. Atropine.

20 avril. — La pupille droite s'est irrégulièrement dilatée. Ce matin, douleurs préorbitaires vives à gauche, légères à droite.

21 avril. — L'œil gauche va mieux, les douleurs sont légères ; la pupille se dilate mieux à la partie supérieure. L'hyphœma a beaucoup diminué. L'inflammation augmente à droite.

Le 26. — Sang complètement résorbé à gauche.

Le 28. — Douleurs très vives à droite. (Trois sangsues à la tempe).

Le 2 mai. — Pas d'amélioration de l'œil droit.

Le 4. — Exeat sur sa demande.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous prouve d'abord que l'iritis accompagnée d'hyphœma évolué au début de la même manière que l'iritis ordinaire.

Ce malade a été atteint successivement dans les deux yeux du même processus inflammatoire portant sur la membrane irienne. D'après l'observation, les

symptômes de début ont été les mêmes. Dans les deux yeux, le malade a ressenti dès l'abord une sensation de grains de sable à laquelle ont succédé des douleurs plus fortes et siégeant dans la région péri-orbitaire. Dans les deux cas, il y a eu atésie de l'iris. Mais l'œil gauche a présenté un épanchement sanguin tandis que l'évolution de l'affection oculaire du côté droit s'est effectuée sans hémorrhagie. Faisons-nous de l'iritis droite une iritis simple et donnerons-nous à celle de l'œil gauche, le nom d'iritis hémorrhagique ? Non, à notre avis. Nous ferons simplement de l'hyphœma survenu dans l'œil gauche une complication de la maladie, un épiphénomène survenu au cours de l'affection ; d'autant plus, et c'est le second point intéressant de l'observation, que la quantité de sang a été très faible.

Du fait que l'hémorrhagie dans l'iritis n'est pas un symptôme de début et ne s'annonce pas comme une maladie spéciale, nous tirerons en second lieu des arguments qui nous permettront de discuter la théorie étiologique de Imre que nous n'avons fait que signaler dans le chapitre précédent.

Pour faire de l'iritis non pas la cause, mais le résultat de l'hémorrhagie de la chambre antérieure, Imre s'appuie sur ce fait que « l'hémorrhagie n'est point toujours précédée d'un changement de couleur de l'iris ou d'un commencement d'hypérémie de son parenchyme, enfin que les symptômes d'inflammation suivent de loin l'hyphœma ». Laissons de côté les cas les plus nombreux qu'il rapporte dans

lesquels l'hyphœma s'est produit au moment même d'une opération et où l'hémorrhagie a été l'œuvre du couteau à cataracte ce qui explique que l'hyphœma ait eu la priorité dans l'évolution des accidents consécutifs à l'interaction. Du reste, dans la plupart de ces cas, on ne peut guère établir la coïncidence de l'iritis et de l'hyphœma. Mais certaines de ses observations dans lesquelles on a vu se produire et des accidents inflammatoires et des phénomènes hémorrhagiques sont plutôt de nature à confirmer notre opinion qu'à confirmer sa théorie.

OBSERVATION XII (D'après Imre)

K... J..., 30 ans, iritis récidivante, œil gauche. Fortes douleurs ciliaires ; pupille très rétrécie. Iridectomie le 18 mars. Il reste longtemps un petit épanchement sanguin. Le 27 mars, nouvelle hémorrhagie de cause inconnue qui remplit la chambre. Ponction le 28 mars. Une petite partie de sang liquide restait encore dans la pupille, mais les signes d'inflammation disparaissaient.

OBSERVATION XIII (d'après Imre)

O. Gabriel, 62 ans, cataracte pas encore mûre de l'œil droit. Extraction : 5 jours après, phénomènes

de cyclite et 7 jours après, hémorrhagie spontanée. Sous l'action d'énergiques révulsions, grande amélioration. Tout autour de la pupille, cercle sombre, inflammation légère, hyphéma, Iridotomie, abondante hémorrhagie remplissant complètement la chambre.

OBSERVATION XIV (Imre)

Charles, 50 ans. Iritis chronique. Iridectomie le 8 janvier. Violent épanchement. Bon état de la plaie. Le 14 janvier, on remarque un hyphéma haut de 6 millimètres. Ponction évacuatrice le 18. Un sang liquide s'écoule et la chambre est complètement libre. L'injection et la douleur disparaissent lentement.

OBSERVATION XV (Imre)

R. Nicolas, 46 ans. Cataracte. Extraction. A la suite violente iritis et fort hyphéma. Les violentes douleurs nécessitaient une ponction. Trois jours après, forte cyclite. La ponction était tout à fait sans résultat dans ce cas. Il est vrai qu'elle n'avait servi à évacuer que fort peu de sang.

Ces observations prises dans le recueil de Imre et qui sont à peu près les seules dans lesquelles on

puisse établir un rapport net entre hyphœma et l'iritis ne nous permettent pas d'admettre la théorie qu'il propose. En effet, les malades qui font l'objet de ces observations étaient atteints de phénomènes inflammatoires soit de l'iris, soit du corps ciliaire nécessitant une opération, et ce n'est que plusieurs jours après l'intervention, c'est à dire longtemps après le début des accidents inflammatoires de l'iris que s'est produit l'hyphema, sauf un cas (obs. xv), où ont à peu près coïncidé l'apparition de l'hémorrhagie et de l'iritis, ce qui n'est pas plus en faveur de l'opinion de Imre.

Nous pourrions encore invoquer contre la théorie de Imre de nombreux cas où un épanchement de sang survenu pour une raison quelconque dans une chambre antérieure n'a pas produit d'iritis et en particulier le cas de Weber dans lequel des hémorrhagies iriennes se reproduisent pendant des mois, ne cédant pas à des ponctions répétées sans que l'hyphœma ait jamais causé une réaction inflammatoire du côté de l'œil.

En résumé, les observations que nous avons étudiées ne nous permettent pas de conclure à la réalité des faits signalés par Imre et qui servent de base à sa théorie. Pour nous, nous le répétons, l'hémorrhagie dans l'iritis n'est pas un symptôme de début, mais est toujours précédée d'un laps de temps plus ou moins long pendant lequel apparaissent et évoluent comme à l'ordinaire les accidents inflammatoires.

Mais si l'hémorrhagie n'imprime pas à l'iritis quelle qu'elle soit un caractère particulier au moment du début de la maladie; elle apparaît cependant au milieu d'un cortège de symptômes qui du reste n'ont rien de spéciaux, mais qui ne sont que le retour des accidents douloureux de l'iritis si la maladie était en décroissance, ou l'aggravation de ces symptômes si l'iritis était en pleine évolution.

Voici d'habitude comment les choses se passent.

Si le malade était déjà en voie d'amélioration, presque convalescent, il est pris pendant un jour, quelquefois deux, d'une violente céphalée. L'injection périkeratique qui avait disparu un moment revient subitement. Les douleurs ciliaires, qui s'étaient apaisées, reparaissent plus violentes. On assiste un peu surpris à cette recrudescence de la maladie dont on se croyait déjà maître et, tout à coup, pendant la nuit le plus souvent, il se produit dans la chambre antérieure un épanchement de sang qu'on est tout étonné de constater le lendemain. L'affection a suivi cette marche dans les observations VII et VIII.

D'autres fois, le malade étant en pleine évolution de son iritis, les douleurs ciliaires augmentent, atteignent une acuité plus considérable, l'inflammation s'accroît et l'hémorrhagie se produit (observations IV, V).

Cette recrudescence ou ce summum des accidents d'inflammation irienne précédant l'apparition de l'hémorrhagie est admise par tous, on en retrouve la preuve dans les observations.

Il n'y a de controverse que sur un point.

Sabatier prétend qu'au moment de l'accident hémorrhagique, l'œil devient presque indolent et que l'épanchement sanguin se produit sans que le malade souffre.

Broca soutient une théorie contraire et, à notre avis, c'est plutôt son opinion qu'il faut admettre. Cette indolence de l'œil survenant au moment de l'hémorrhagie après une période de un à deux jours où les phénomènes douloureux ont été portés à leur maximum, s'expliquait assez difficilement. Et puis, nous ne la retrouvons pas signalée chez les malades dont nous avons rapporté l'histoire d'après les auteurs qui les ont observés.

Chez plusieurs d'entre eux, les phénomènes douloureux qui s'étaient montrés 24 ou 48 heures avant l'apparition des symptômes hémorrhagiques n'ont pas diminué aussitôt, lorsque ceux-ci se sont produits (observation V).

Il en est de même dans le cas suivant rapporté par Broca.

OBSERVATION XVI (Broca).

Papion, 71 ans, marchand des quatre saisons, entré le 12 juillet 1883. Salle Saint-Julien, n° 18.

Vers 1867, sa vue a commencé à baisser. En 1872, cataracte double opérée à gauche par Broca. A droite, simple perception lumineuse.

Voilà 15 jours, l'œil droit devient rouge, très douloureux. Le malade vient à la consultation le 15 juillet : 4 sangsues. Esérine.

Actuellement, l'œil droit est dur, douloureux à la pression. Cercele périkeratique. Conjonctive injectée. Cornée laiteuse. Iris verdâtre, pupille étroite, déformée, adhérente au cristallin cataracté, jaunâtre. Léger hyphéma. Un peu de larmolement. Vives douleurs ciliaires. Vue à peu près nulle. La perception lumineuse est moins nette qu'avant le début des accidents. Les parties rétro-cristalliniennes de l'œil sont inéclairables.

Les jours suivants, l'hyphéma augmente. Les douleurs sont de plus en plus vives.

21 juillet. L'hyphéma remplit le quart inférieur de la chambre. Ponction à la pique. Issue d'un sang entièrement liquide. L'iris a une grande tendance à l'hémorrhagie et le sang s'en écoule sous nos yeux pendant la ponction.

22. Le sang ne s'est pas reproduit. Les douleurs oculaires ont cessé.

Le 27. — Bandeau flottant.

9 août. — N'a plus souffert depuis la paracentèse. Le sang ne s'est pas reproduit.

Dans cette observation, le malade ne s'étant présenté qu'assez longtemps après le début de son affection ; il ne nous est pas possible de savoir à quel moment s'est produit l'hyphéma. Mais, en tout cas, il ne paraît pas y avoir eu depuis le commencement de la maladie une sorte d'amélioration, d'atténuation des symptômes douloureux ayant coïncidé avec une période quelconque de l'évolution de l'affection.

Chez le malade suivant de Reche, nous voyons aussi que le jour même de l'épanchement, il se produit une violente céphalée et que dans les jours suivants, les névralgies ciliaires subsistent encore.

OBSERVATION XVII (Reche)

L. A..., secrétaire de chancellerie, sans antécédents spécifiques, souffre beaucoup d'un rhumatisme chronique et a, depuis 1876, une iritis à la suite de laquelle sont restés des troubles du corps vitré.

En 1886, seconde iritis avec déjà hyphœmie. Le malade entre le 10 juin 1887 avec une violente iritis du côté gauche en évolution. Toute la chambre antérieure est remplie d'un exsudat rougeâtre. Fortes synéchies postérieures. Pupille recouverte de couennes grisâtres.

Le 13 juin, la chambre antérieure est remplie au quart d'un sang noirâtre coagulé. Violente inflammation. Céphalée.

Le 12 juin, l'abondance du sang a diminué.

Le 20 juin, encore quelques traces de sang dans le fond de la chambre antérieure. L'humeur aqueuse est encore troublée. La pupille depuis le début ne réagit pas à l'atropine.

23 juin. Injection diminuée. Névralgie ciliaire encore assez forte. Tension normale. Le sang a disparu presque complètement.

28 juin. L'épanchement sanguin a de nouveau augmenté.

3 juillet. Le sang a tout à fait disparu.

2 août. Plus d'inflammation. L'iris est lié au

cristallin par des couennes grises. La pupille ne s'ouvre pas.

Nous n'avons pas trouvé non plus dans les autres observations cette sorte de crise favorable déterminée par l'épanchement de sang dont parle Sabatier. C'est ordinairement au milieu des symptômes inflammatoires et des phénomènes douloureux qui, depuis quelques jours, ont atteint leur maximum que survient l'hémorrhagie. Par conséquent, l'hyphœma ne peut-être considéré, pensons-nous, comme se produisant sans douleur.

Mais ces symptômes inflammatoires et douloureux ne sont pas d'habitude de longue durée et s'apaisent même bien avant que la résorption du sang ne soit opérée.

L'hyphœma ne se présente pas toujours de la même façon, au point de vue de la quantité de l'épanchement, de sa forme, de sa marche.

L'abondance du sang épanché est loin d'être toujours la même. Dans l'observation de Sabatier que nous avons citée, l'hyphœma n'était guère manifeste qu'à la lumière oblique. Dans l'obs. XI, l'hémorrhagie, eu égard à la petite quantité de sang et à la rapidité de la résorption fut telle qu'on ne pouvait guère la considérer que comme un épiphénomène sans importance.

L'abondance de l'épanchement peut être très grande comme nous le voyons dans l'obs. II où apparut tout à coup un hyphœma qui remplit complètement la chambre antérieure.

Entre ces cas extrêmes, on peut trouver tous les intermédiaires. L'épanchement peut remplir la moitié de la chambre antérieure (obs. VIII et VII) ; le tiers (obs. V et IX) ; le quart (obs. XVI et XVII).

Au point de vue de la quantité de sang épanché, l'hyphéma présente donc de grandes différences. Du reste, cela n'a pas une énorme importance à moins que l'hémorrhagie n'atteigne des proportions très fortes. Mais, pour rester dans les limites qui nous sont fixées par les observations que nous avons recueillies, nous ne voyons pas qu'il y ait un rapport bien net entre l'abondance des épanchements et la gravité des accidents. Le malade dont nous avons rapporté l'histoire à l'obs. XVI est celui chez lequel les phénomènes douloureux ont été le plus inquiétants. Pourtant, l'hyphéma n'était pas très abondant puisqu'après avoir augmenté progressivement pendant quelques jours durant lesquels le malade était déjà en proie à de vives douleurs, il ne remplissait guère que le quart de la chambre antérieure. Au contraire, chez le malade dont la chambre antérieure était presque complètement remplie de sang (obs. II), les douleurs ne semblent pas avoir été très vives et chez les malades dont l'épanchement atteignait la moitié ou le tiers de la chambre les phénomènes douloureux n'ont pas atteint la même acuité que dans le premier cas.

Nous avons vu à quel moment se produisent les hyphémas dans l'iritis et combien sont nombreuses les différences au point de vue de la quantité du

sang épanché. Il nous reste à voir comment se produit l'hémorrhagie.

L'épanchement de sang atteint-il dès le jour de son apparition son maximum et reste-t-il fixé à un niveau déterminé qu'il ne pourra dépasser les jours suivants ; ou bien, au contraire, l'hémorrhagie se fait-elle progressivement et augmente-t-elle peu à peu ? Sabatier soutient cette dernière théorie.

Evidemment, les deux faits s'observent et si l'on admet que l'hémorrhagie reconnaît souvent comme cause une altération des parois vasculaires, il est naturel d'admettre que plusieurs ruptures de capillaires puissent se produire dans un œil dont les vaisseaux sont altérés par le fait d'une diathèse et engorgés par suite d'une violente inflammation. Et ces ruptures de vaisseaux pourraient se produire à si peu de distance que l'hyphœma semblerait s'accroître progressivement et l'hémorrhagie de la chambre antérieure devenir de plus en plus considérable. Du reste, il n'est pas besoin de recourir à la théorie pour conclure à la possibilité d'un fait que l'observation XVI, due à Broca, démontre comme indéniable puisque l'auteur a pu voir l'hyphœma augmenter de jour en jour et atteindre progressivement un niveau de plus en élevé. Mais cette observation est la seule dans laquelle on trouve relaté un tel processus. Dans les autres, l'épanchement a atteint du premier coup un niveau qu'il n'a pas dépassé les jours suivants.

Nous ne parlons pas de ces cas assez nombreux et sur lesquels nous reviendrons plus tard où l'on a

vu quelques jours après l'apparition du premier épanchement, et alors que celui-ci était déjà en voie de résorption, se produire une nouvelle hémorrhagie qui, s'ajoutant au reliquat du sang épanché la première fois a pu accumuler dans la chambre antérieure une quantité de sang plus considérable qu'au premier abord. Ces cas sont purement et simplement des récides de l'affection et ne peuvent être considérées comme une augmentation progressive de l'hyphœma.

Nous pensons donc que si dans quelques cas rares, l'hémorrhagie peut apparaître peu à peu, s'accroître pour ainsi dire d'une manière continue, ce n'est pas là l'ordinaire et qu'à l'habitude, l'hyphœma se produit en une seule fois et atteint d'emblée un niveau maximum qu'elle ne dépasse pas les jours suivants.

Relativement à sa qualité, le liquide épanché est ordinairement de couleur rouge et a l'aspect du sang pur.

On trouve signalés dans certaines observations des changements dans la couleur de l'iris, mais l'opinion des auteurs varie.

Les uns attribuent à l'iris une couleur jaunâtre, d'autres une teinte verte. Mais ne convient-il pas de rapporter ces phénomènes plutôt à l'inflammation de la membrane irienne dont le changement dans la couleur de l'iris est un des symptômes ordinaires et varie selon la couleur normale, habituelle de l'œil atteint qu'à l'hémorrhagie de la chambre antérieure?

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique. Pathogénie

Nous ne savons rien de précis sur l'anatomie pathologique; ni sur la pathogénie de l'hyphœma dans l'iritis. On en est réduit à des hypothèses. Les auteurs qui ont considéré la question à ce point de vue émettent tous des avis différents.

Alt considère l'apparition d'un exsudat séreux comme un signe suffisant et capable à lui seul de prouver qu'il y a eu hémorrhagie au cours d'une iritis. D'après lui, dans certains cas, les vaisseaux de l'iris sont gorgés de sang et, le long de ces vaisseaux, il se produit des hémorrhagies dans le parenchyme même de la membrane irienne sans qu'il y ait eu ruptures vasculaires. Quand il se produit une hémorrhagie considérable, le plasma du sang filtre à travers le tissu irien dans la chambre antérieure. Si la fibrine se coagule, l'épanchement est séreux. Si cet épanchement est dissous avant d'être absorbé par la cornée; il ne reste plus que la fibrine et on a un exsudat gélatineux.

Cette théorie paraît un peu exclusive et ne nous

semble pas cadrer avec le sujet que nous avons entrepris. Nous entendons seulement parler des hémorrhagies qui se sont montrées nettement et qui se sont manifestées non pas par la présence dans la chambre antérieure de tel ou tel élément constitutif du sang à l'exclusion des autres, de manière à constituer un exsudat séreux ou gélatineux, mais par l'issue d'un sang composé de sérum et de globules et présentant manifestement l'aspect du sang.

Et puis, nous ne croyons pas que du fait que l'on a pu voir dans la chambre antérieure d'un œil un exsudat séreux, on puisse conclure à priori qu'il a dû se produire des hémorrhagies dans le parenchyme de l'iris et surtout qu'on puisse donner à ces manifestations le nom d'iritis hémorrhagique.

D'après Sabatier, l'hyphœma compliquant les iritis ordinaires est dû soit à une simple exhalation sanguine ou transsudation passive, soit à une diapédèse active des globules rouges accompagnant le sérum et les globules blancs hors des capillaires.

Pour les hyphœmas qu'il appelle spontanés survenant très longtemps après une opération de cataracte sans qu'on puisse invoquer le traumatisme comme cause étiologique, il émet une autre théorie appuyée sur la théorie de Gayet sur l'hémorrhagie secondaire. D'après lui, il peut se produire après une opération de cataracte des iritis plastiques ou pseudo-membraneuses. Tout autour et à la surface de l'iris, il se développe des membranes de nouvelle formation qui renferment un très grand nombre de

capillaires. Ce réseau capillaire n'est pas une émanation du tissu irien. C'est la néo-membrane elle-même qui a le pouvoir de le constituer de toutes pièces et sur place : « Au début, en effet, le microscope montre des lignes de globules blancs alignés en file, puis, plus tard, au lieu de globules blancs, de véritables globules rouges répandus en stries, en réseaux, mais non enveloppés d'une paroi comparable à celle des capillaires ordinaires. »

Une fois admise cette production de fausses membranes, Sabatier explique facilement la pathogénie de l'hémorrhagie. Le tissu irien n'a rien à voir dans l'apparition de l'épanchement sanguin. Ce sont les capillaires de nouvelle formation constitués par la néo-membrane qui, étant d'une fragilité extrême et à peine entourés d'une paroi se rompent et laissent échapper le sang.

L'hémorrhagie peut encore se faire suivant un autre mécanisme et reconnaître pour cause la résorption rapide des néo-membranes amenant une dissociation de leur tissu. Celui-ci laisse alors échapper les globules sanguins qu'il contenait. Ces globules se rendent dans la chambre antérieure et l'hypophœma est constitué.

Que faut-il penser de cette théorie ? Si l'hypophœma résulte de la rupture ou de la désorganisation des capillaires produite par la néo-membrane, celle-ci doit toujours précéder l'apparition de l'hémorrhagie. Sabatier a prévu cette objection et y répond. D'après lui, les néo-membranes existent

dans tous les cas, mais, à leur début, lorsqu'elles n'ont pas atteint une extension notable, elles sont difficilement perceptibles. La présence de l'hyphéma peut souvent surprendre le chirurgien dont l'attention n'est pas éveillée et paraître précéder la néo-membrane méconnue ou par aventure cachée sous la face postérieure de l'iris. Cela est possible. Du reste, il faut qu'il en soit ainsi pour que les auteurs n'aient pas signalé plus souvent la présence de ces néo-membranes qu'il est à peu près le seul à mentionner.

Mais il est dans cette théorie d'autres points qui nous semblent difficiles à admettre. L'hypothèse de la néo-membrane en tant qu'organe hémato-poïétique n'est rien moins que prouvée et la transformation des globules blancs en globules rouges opérée par cette fausse membrane de nouvelle formation ne nous semble pas devoir être admise sans que des examens histologiques plus nombreux soient venus apporter des preuves de cette opinion.

Quant au second mode de production des hémorragies donné par Sabatier, nous nous rangeons à l'avis de Broca qui refuse de l'admettre. En effet, il nous semble que, quelle que soit la rapidité avec laquelle se produit la résorption de la fausse membrane amenant à sa suite l'issue des globules sanguins qu'elle contenait dans la chambre antérieure; cette dissociation des tissus ne peut être que progressive et, par conséquent, ne nous rend pas compte de ces épanchements sanguins qui se produisent tout d'un coup et presque instantanément. Nous savons

bien que, justement, d'après Sabatier, l'hémorrhagie se produit d'une manière progressive et nous n'avons pas nié la possibilité du fait, mais nous avons vu que ce n'était pas là l'ordinaire, et que d'habitude l'hémorrhagie se faisait d'emblée, atteignant du premier coup dans la chambre antérieure un niveau qu'elle ne dépassait pas les jours suivants. Ceci étant donné, la théorie de l'hémorrhagie par régression de la fausse membrane ne nous satisfait pas.

Au sujet de l'origine, de la source de l'épanchement du sang, Broca professe une tout autre théorie. Pour lui, le sang épanché vient du tissu irien. Il n'a jamais constaté nettement, pour sa part, l'existence des néo-membranes dont parle Sabatier et n'admet pas l'hémorrhagie produite par la régression de ces produits membraneux de nouvelle formation.

Et son travail se termine par cette phrase que nous admettons de tous points parce qu'elle nous semble rendre un compte suffisamment exact des faits observés : « En somme, la rupture des vaisseaux congestionnés de l'iris ou des procès ciliaires enflammés suffit parfaitement pour consentir notre esprit. »



CHAPITRE V

Marche. — Pronostic

L'étude des symptômes faite dans un des chapitres précédents nous a déjà donné un certain nombre de renseignements sur la marche de l'hémorrhagie dans l'iritis. Il nous reste maintenant à compléter cette étude et à élucider la question du pronostic à porter lors de l'apparition de cette manifestation.

Nous avons vu que le début de l'épanchement sanguin est brusque et que l'hémorrhagie d'habitude se produit d'emblée.

Le sang épanché reste un certain temps dans la chambre antérieure avant de disparaître. Au point de vue de la rapidité avec laquelle il se résorbe, les auteurs ne sont pas d'accord. Sabatier prétend que la résorption se fait lentement. Broca est du même avis. D'un autre côté, Galeszowski et Hutchinson professent l'opinion contraire et admettent la résorption rapide du sang.

Il ne faut pas se montrer trop exclusif et adopter d'une manière absolue une de ces opinions à l'exclusion de l'autre. Sabatier et surtout Broca fondent leur

opinion sur des faits très nets. Chez les trois malades de Broca qui, dès le jour de leur entrée, présentaient déjà un hyphœma dont on était dans l'impossibilité absolue de savoir au juste la date du début; le sang a persisté assez longtemps dans la chambre antérieure et n'a disparu que huit, dix et treize jours après l'arrivée du malade (obs. X, XVI et XI). Nous avons rapporté nous-mêmes l'histoire d'une malade de M. le Dr Teillais, chez laquelle « trois semaines après l'hémorrhagie, on voyait encore teintés ou rouge des débris d'épithélium ou de molécules graisseuses flottant dans la chambre antérieure » (obs. III).

Par contre, d'autres observations nous fournissent la preuve d'une évolution régressive rapide de l'hyphœma. Ce sont les autres observations citées du Dr Teillais dans lesquelles on voit le sang persister quatre, six jours, huit au plus dans la chambre antérieure. Dans un de ces cas même (obs. IV) au bout de trois jours, l'hémorrhagie avait complètement disparu. La lecture des trois observations de Reche nous montre que la rapidité de la résorption a été assez grande puisque le sang n'a persisté que trois et six jours (obs. IX et XVII). Dans le troisième cas, la date de la disparition de l'épanchement n'est pas notée, mais Reche nous dit que la guérison a évolué rapidement.

Il faut donc ne pas assigner à l'hémorrhagie dans l'iritis de caractères aussi nettement tranchés au point de vue de la rapidité avec laquelle se produit la résorption du sang et admettre que la durée

de cette répression n'a rien de fixe et varie selon les sujets.

Mais en tout cas la durée de la résorption ne dépasse pas certaines limites et, si elle est sujette à des variations nombreuses suivant les sujets, on ne voit pas le sang persister dans la chambre antérieure pendant un temps indéterminé comme dans certains hyphœmas survenant en dehors de l'iritis.

Il nous a semblé que dans les cas d'iritis où plusieurs accidents hémorrhagiques se sont succédés avant la fin de la maladie l'hyphœma survenu en second lieu se résorbait moins rapidement que l'épanchement apparut le premier. Dans l'observation VII, le premier épanchement s'était résorbé en quatre jours, une nouvelle hémorrhagie survient et le sang met huit jours à disparaître. Dans un autre cas (obs. IV), la résorption de l'hyphœma survenu en second lieu dura dix jours tandis que le sang épanché la première fois n'était resté que trois jours dans la chambre antérieure.

Mais nous ne voulons pas poser en principe cette idée d'une résorption plus lente dans les cas d'hémorrhagies récidivées. Nous voulons simplement l'exposer telle qu'elle nous a été suggérée par la lecture de certaines observations, sans tirer de là aucune conclusion.

Un autre caractère important au point de vue de la marche des hémorrhagies dans l'iritis et sur lequel Reche le premier, a attiré l'attention, est la fréquence des récidives. Il arrive assez souvent que

quelques jours après l'apparition du premier épanchement, alors que celui-ci a complètement disparu ou est en voie de répression, il se produit une nouvelle hémorrhagie et même, chez le malade qui fait l'objet de l'observation VII, trois hémorrhagies se succédèrent dans un délai restreint.

Cela du reste n'a rien d'étonnant à nos yeux puisque nous avons admis que l'hyphœma dans l'iritis se produit ou bien chez des gens atteints d'altérations des parois vasculaires ou bien chez des malades prédisposés aux hémorrhagies par des causes générales telles que : hémophilie, congestion sanguine générale due à des troubles menstruels, altération des nerfs vaso-moteurs. S'il survient des récidives ou, pour mieux dire de nouvelles hémorrhagies, c'est que le terrain est toujours le même, c'est à dire prédisposé aux épanchements sanguins.

En résumé, voici quelle est à nos yeux la marche de l'hémorrhagie. Elle apparaît brusquement et d'emblée. Son séjour dans la chambre antérieure est plus ou moins long suivant les cas; mais la résorption n'est cependant jamais très lente à moins qu'il ne s'agisse d'hémorrhagies récidivantes, ce qui se produit dans un certain nombre de cas.

Lorsqu'au cours d'une iritis, un épanchement sanguin se montre dans la chambre antérieure, quel pronostic convient-il de porter ?

Nous ne trouvons ici en présence des mêmes contradictions que tout à l'heure.

Hutchinson attribue aux hyphœmas dans l'iritis un pronostic généralement assez bénin à moins que,

par exception, le sang ne soit en très grande abondance et ne séjourne très longtemps dans la chambre antérieure. D'après Galezowski, la gravité, de ces hyphœmas n'est pas grande, car ils prédisposent très peu aux synéchies postérieures. Teillais les considère comme des complications le plus souvent bénignes.

Un bon nombre d'auteurs ne sont pas de cet avis.

D'après Imre, la non résorption de l'hyphœma peut amener des phénomènes glaucomateux.

Sabatier attribue aux hémorrhagies dans l'iritis un pronostic grave d'abord parce que les fausses membranes obstruant le champ pupillaire empêchent la lumière de passer, et en second lieu, parce que l'iritis amène des troubles profonds capables d'altérer la vision.

Les effets de l'hémorrhagie sont les suivants d'après Broca.

1° Elle augmente la tension intra-oculaire et détermine des douleurs quelque fois très vives.

2° Sa présence peut contribuer à entretenir le processus inflammatoire.

Malgré l'autorité des auteurs qui soutiennent que l'hémorrhagie dans l'iritis doit-être considéré comme d'un pronostic grave, nous n'admettons pas cette opinion.

L'hyphœma, nous disent Imre et Broca, peut provoquer des phénomènes d'hypertension de l'œil et causer des souffrances parfois très vives. Evidemment, nous avons vu que les douleurs ciliaires qui précèdent de 24 à 48 heures l'apparition de l'hémor-

rhagie persistent le plus souvent quelque temps encore après que celle-ci s'est produite. Mais ces symptômes sont ordinairement de peu de durée et s'apaisent au bout de peu de temps, bien avant la résorption du sang et ne nous paraissent par relever d'une hypertomie de l'œil. Les phénomènes de tension oculaire dont parle Broca caractérisés en plus des douleurs par une dureté plus ou moins considérable du globe ne sont guère signalés que dans une de ses observations (Observat. XVI). Dans les deux autres cas qu'il cite, le tonus a été normal dans un des cas et diminué dans l'autre. Mais dans l'observation qui semble donner raison à sa théorie on s'expliquerait mal que l'hyphœma eût pu produire à lui seul de tels changements dans la tension intra-oculaire, étant donné qu'il était très peu abondant et qu'après plusieurs jours, il ne remplissait que le quart de la chambre antérieure. Dans la relation des autres faits que nous avons étudiés, ou pourtant l'hyphœma atteignait des proportions plus considérables, nous ne voyons pas que les malades aient souffert d'accidents produits par une tension exagérée du globe, tension qu'on pourrait rapporter à la présence de l'hyphœma.

En somme, les accidents d'hypertension de l'œil caractéristiques du glaucome ne se sont produits qu'avec une extrême rareté dans les cas d'iritis accompagnées d'hémorragies et cette sorte de revue clinique des faits publiés ne nous engage pas à considérer ces hémorragies comme d'un pronostic grave. Du reste dans tous ces cas l'hyphœma ne s'est

pas montré en quantité suffisante, croyons-nous, pour augmenter de beaucoup la tension de l'œil.

Imre s'appuie sur la théorie de Knies pour expliquer la production d'un glaucome par un épanchement sanguin. « Les substances diffusibles du sang, dit-il, sont en partie très vite résorbées à travers la cornée; la fibrine disparaît lentement, puis les globules sanguins. Ces résorptions doivent se faire par le canal de Fontana ainsi que Weber et Knies l'ont montré dans leurs ouvrages. D'après ces travaux, il y a la plus grande vraisemblance pour que dans beaucoup de cas, le glaucome soit le résultat d'une inflammation autour du canal de Schlemm. Si nous nous reportons aux conditions de l'hyphéma, nous voyons clairement que le caillot de fibrine aussi bien que les globules sanguins peuvent rendre imperméable la région du ligament pectiné. Si ces interstices servant à la résorption ne sont pas occlus mécaniquement, nous pouvons parfaitement croire qu'il s'y produit de tels changements (par exemple, l'organisation du sang épanché) qu'il y a d'invincibles obstacles à la résorption. »

Mais cette explication théorique ne peut être admise sans contrôle et n'est pas acceptée par tous les auteurs, en particulier par M. le professeur Parras qui « n'admet pas la théorie de Knies et de quelques autres qui envisagent l'occlusion de l'angle irien dans le glaucome comme primitive et admet au contraire qu'elle succède aux poussées glaucomateuses. Son rôle n'en est pas moins important, mais en tant

que comme cause aggravante. » Donc, si tant est qu'il soit possible qu'un bouchon de fibrine ou une accumulation de globules sanguins puisse produire une oblitération du canal de Schlemm, nous sommes donc autorisés à dire que cette oblitération ne serait pas de nature à amener des phénomènes glaucomateux, mais ne serait guère qu'un fait résultant de la production première d'accidents de glaucome.

Donc, pas plus que l'observation clinique l'anatomie pathologique ne nous porte à considérer l'hyphoema dans l'iritis comme cause d'accidents glaucomateux.

Le pronostic des hyphemas est grave, nous dit Sabatier, parce que les fausses membranes empêchent la lumière de passer. Mais, de son propre avis, ces néo-membranes sont le plus souvent si peu accentuées qu'on ne peut les apercevoir. Par conséquent, en raison de leur ténuité, elles ne peuvent pas apporter un grand trouble dans l'exercice de la vision. Il en est de même si, comme cela se produit quelquefois d'après lui, elles tapissent la face postérieure de l'iris, ce qui n'empêche pas les rayons lumineux de pénétrer à travers l'orifice pupillaire.

De plus, puisque, à son avis, l'hémorrhagie de la chambre antérieure est le plus souvent produite au moment de la régression, de la dissociation de cette néo membrane ; on ne conçoit pas très bien comment cette hémorrhagie puisse être d'un pronostic grave à cause de la présence d'un tissu de nouvelle formation qui n'a donné naissance à l'épanchement sanguin

que parce qu'il s'est dissocié, désagrégé, d'un tissu qui a pour ainsi dire disparu, mettant en liberté les globules sanguins qu'il contenait. La théorie que donne Sabatier pour affirmer la gravité du pronostic des hyphœmas ne nous semble donc pas devoir être admise.

On a dit aussi que l'iritis accompagné d'hémorrhagies était suivi le plus souvent des synéchies postérieures. Que ce fait se soit produit dans certains cas, nous l'accordons, et plusieurs des observations contenues dans ce travail signalent le fait. Mais il n'est pas prouvé que cela se produise plus spécialement dans les cas d'iritis avec hyphœma, car toute iritis, quelle qu'elle soit, qu'elle ait été accompagnée ou non de phénomènes hémorrhagiques est susceptible de produire des adhérences de l'iris au cristallin. En tout cas, dans la très grande majorité des cas que nous avons cités, ce fait ne s'est pas produit. Nous n'irons pas jusqu'à dire avec Galezowski que l'iritis avec hyphœma prédispose moins que les autres aux synéchies postérieures, mais il nous paraît qu'elle n'amène pas à sa suite ces synéchies plus souvent que les autres formes d'iritis.

Nous ne croyons pas non plus à l'encontre de Broca que le séjour du sang dans la chambre antérieure puisse aggraver les symptômes d'inflammation. D'abord les phénomènes inflammatoires s'amendent et disparaissent bien souvent avant la résorption de l'exsudat. Enfin, nous avons dans le cours de ce travail signalé des cas où des hyphœmas prove-

nant d'une autre cause que l'iritis, ayant persisté assez longtemps dans la chambre antérieure n'avaient amené du côté de la membrane irienne aucune réaction inflammatoire,

En somme, un épanchement de sang survenant dans un œil atteint d'iritis n'imprime pas à cette maladie un cachet de gravité spécial. Nous irons même plus loin et nous dirons que ces hémorrhagies ne prolongent pas sensiblement la plupart du temps la durée de la maladie. Le malade cité à l'observation VII a eu trois hémorrhagies successives et après deux mois et demi l'affection étant terminée et la vision devenue bonne. Evidemment deux mois et demi représentent un laps de temps assez long, mais il ne manque pas d'iritis qui, sans s'être accompagnées d'épanchement sanguin, n'ont guéri qu'après une période aussi longue, plus longue même parfois. Un malade de Reche (Obs. VIII) est atteint d'iritis le 21 février ; l'hémorrhagie se produit le 2 mars et le 15 du même mois l'affection est terminée. Un autre cas du même auteur nous montre une guérison survenue au bout d'un mois, bien qu'il y ait eu une récurrence avant la fin de l'affection.

Ces considérations nous affermissent encore dans notre opinion et nous dirons avec Hutchinson, Galezowski et Teillais que l'hémorrhagie dans l'iritis est le plus souvent une complication bénigne n'entraînant pas à sa suite d'accidents graves et ne retardant pas d'une manière appréciable la durée de la maladie.

Tout au plus ferons-nous avec Hutchinson une réserve touchant les cas où l'hémorrhagie se présente en quantité considérable. Mais il faut croyons-nous que l'hyphœma ait des proportions de beaucoup supérieures à celle qu'il a atteintes dans les cas sur lesquels nous nous sommes appuyés, puisque, même chez le malade dont l'hyphœma remplissait presque complètement la chambre antérieure (obs. II) nous n'avons pas vu se déclarer de phénomènes plus alarmants que dans les autres cas.



CHAPITRE VI

Traitement

Les opinions diverses des auteurs sur les indications thérapeutiques de l'hémorrhagie dans l'iritis résultent des idées qu'ils professent au sujet du pronostic de l'affection.

Irme admettant que l'hyphœma est non pas le résultat, mais la cause de l'hémorrhagie devait forcément être admis à diriger tous ses efforts contre l'épanchement sanguin. Aussi conseille-t-il la paracentèse. C'est pour lui une loi absolue dans les cas d'hémorrhagies survenus à la suite d'une opération de cataracte. Lorsqu'il s'agit d'hyphœmas spontanés produits dans un œil non opéré; il se montre plus timide. Il conseille d'attendre quatre ou cinq jours avant de pratiquer cette opération, mais, lorsqu'au bout de ce temps, l'épanchement sanguin ne s'est pas résorbé, il faut prendre la pique et pratiquer une ponction. « Quoique dans ces cas, la présence de phénomènes inflammatoires nous oblige à certaines réserves; je crois, dit-il, qu'on peut se risquer à cause de l'intérêt qu'offre l'évacuation d'un hyphœma sans autre danger plus grand que la possibilité de la reproduction de l'épanchement. »

La paracentèse est aussi conseillée par Broca, mais il dit lui-même qu'Irme a tort de la considérer comme une panacée universelle contre tous les hyphœmas. « La ponction dit-il, fait cesser un symptôme ; elle ne guérit pas la maladie et on ne saurait lui attribuer une vertu positive. »

Il est donc à remarquer que les auteurs même qui préconisent la paracentèse dans l'hyphœma mettent à leur opinion certaines réserves.

La paracentèse ne doit être pratiquée que dans des cas exceptionnels et voici les raisons de notre opinion.

En premier lieu, nous croyons que la plupart du temps, elle n'est pas utile. Elle ne guérit pas la maladie, nous dit Broca lui-même, elle est dirigée contre le symptôme hémorrhagie. Mais puisque nous avons vu, qu'à part de très rares exceptions, cet épanchement sanguin contre lequel on veut diriger tous ses efforts n'amène à sa suite aucune conséquences graves autres que celles que toute iritis est capable de produire ; pourquoi chercher avant tout à faire disparaître ce sang ? Nous ne croyons pas que cet épanchement, à moins qu'il ne soit en quantité vraiment considérable, puisse amener des phénomènes d'hypertension de l'œil ou une aggravation des phénomènes inflammatoires. Par conséquent, nous n'avons pas d'intérêt à pratiquer la paracentèse. La grande majorité des malades dont nous avons rapporté l'histoire n'a pas subi de ponction et la plupart d'entre eux ont guéri sans que la maladie ait duré plus longtemps qu'à l'ordinaire.

En second lieu, la paracentèse n'est pas exempte de dangers. Imre le dit lui-même : « La présence de phénomènes inflammatoires nous oblige à certaines réserves ». Nous ne parlons pas des chances d'infection ; l'emploi de la méthode antiseptique doit les avoir supprimées ; mais le seul fait du traumatisme opératoire peut causer un certain dommage dans un œil irrité. Tous les auteurs recommandent d'attendre la régression des phénomènes inflammatoires lorsqu'on veut faire une opération sur l'œil, et ce n'est que dans les cas d'urgence, dans lesquels la conservation de la vision dépend d'une intervention rapide, qu'on est en droit d'enfreindre ces conseils. Dans un œil atteint d'iritis avec hyphéma, la seule introduction de l'aiguille à paracentèse est susceptible de provoquer une augmentation des phénomènes réactionnels du côté de l'iris et du corps ciliaire et irait par conséquent à l'encontre du but qu'on se propose. Ce n'est pas l'avis de Imre qui considère la ponction comme tout à fait innocente et incapable de causer le moindre dommage. Mais nous avons pour nous l'opinion de presque tous les auteurs pour lesquels une inflammation de l'œil est en général une contre indication à toute intervention chirurgicale.

Evidemment, si l'existence de l'œil, la conservation de la vision étaient en jeu, le doute ne serait plus permis et l'expectation deviendrait dangereuse, mais nous savons que tel n'est pas le cas et que la plupart du temps l'hyphéma se résorbe seul et disparaît sans amener à sa suite de troubles graves.

Aussi, jugeons-nous inutile de faire courir au malade de nouveaux dangers, si minces soient-ils, et d'aller réveiller des symptômes inflammatoires de l'iris en portant un instrument dans la chambre antérieure. Nous n'admettons la paracentèse que dans des cas tout à fait exceptionnels.

En présence d'un malade atteint d'iritis compliquée d'hyphéma, nous nous bornerons donc à instituer le traitement ordinaire de l'iritis.

Contre l'état local, nous emploierons comme d'habitude les instillations d'atropine pour modérer l'inflammation de l'œil et en même temps pour prévenir les synéchies ou éviter la production de nouvelles adhérences s'il en existait déjà. Les applications de sangsues à la tempe souvent employées sont aussi un bon moyen dans le cas d'inflammation intense.

Pour diminuer la photophobie, nous conseillerons avec la plupart des auteurs le repos de l'œil sous un bandeau occlusif que nous remplacerons au bout de quelques jours par un bandeau flottant, puis par des lunettes teintées.

Contre l'état général, on administrera le salicylate de soude aux rhumatisants et le carbonate de lithine si les malades sont des gouteux.

« Dans l'iritis de nature spécifique, le traitement par le mercure primera tous les autres. On donnera la préférence aux frictions mercurielles à la dose de 5 grammes, ou ce qui vaut mieux, aux injections

hypodermiques de biiodure de mercure dissous dans l'huile stérilisée ».

Les purgatifs, le calomel à doses réfractées surtout, les diaphoretiques seront utilement employés.

On a préconisé les injections sous-cutanées de pilocarpine pour provoquer une transpiration souvent efficace. Mais, nous appuyant sur l'autorité de M. le P^r Panas et sur les cas d'insuccès que nous avons pu observer à la suite de l'administration de ce médicament, nous n'en conseillerons pas l'emploi, « les injections de pilocarpine étant non seulement infidèles, mais encore pouvant provoquer des troubles sérieux du côté de l'estomac et du cœur. »

Nous ne voulons pas insister davantage sur le traitement général de l'iritis qu'on trouve décrit dans tous les auteurs et qui ne nous semble pas rentrer dans le cadre de notre étude.

Ce n'est que lorsque nous nous trouverons (ce qui est exceptionnel) en face d'un hyphœma trop considérable déterminant manifestement par sa présence des accidents douloureux et une hypertonie de l'œil capable d'apporter des troubles sérieux dans l'organe de la vision que nous croirons autorisé à pratiquer la paracentèse. Dans ce cas, les symptômes alarmants nous forceront pour ainsi dire la main et la crainte des accidents susceptibles d'être produits par le traumatisme opératoire ne devra plus nous engager à une expectation qui serait alors un danger.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire

trop connu de cette petite opération, mais seulement sur quelques points.

La pique employée par Imre et Broca sera remplacée par l'aiguille à paracentèse qui offre plus de garanties à cause de la barre d'arrêt qu'elle présente et qui limite la pénétration de l'instrument dans la chambre antérieure. La seule précaution à prendre est d'éviter un trop brusque écoulement du sang qui, en amenant un abaissement trop subit de la pression intra-oculaire, pourrait être la cause d'hémorrhagies abondantes.



CONCLUSIONS

1° L'iritis accompagnée d'hyphœma ne nous paraît pas constituer une maladie spéciale, une entité morbide nette et par conséquent ne saurait avoir d'individualité à côté des espèces d'iritis reconnues jusqu'à ce jour. Nous considérons l'épanchement de sang comme une simple complication de l'iritis.

2° L'hémorrhagie se produit à tous les âges et dans toutes les formes d'iritis, dans les constitutions pathologiques les plus différentes. Elle ne saurait donc être le symptôme pathognomonique d'une influence diathésique ni la caractéristique d'une forme particulière.

Son étiologie n'a rien de spécial et les causes générales susceptibles de lui donner naissance ne sont autres que les facteurs étiologiques des hémorrhagies en général. L'inflammation de l'iris entre dans l'étiologie de l'hémorrhagie, mais seulement à titre de cause occasionnelle.

3° L'hémorrhagie n'est pas un symptôme de début et l'iritis est déjà établie depuis un certain temps

lorsqu'elle vient à se produire. Dans ce cas, après une aggravation momentanée des symptômes inflammatoires, elle apparaît brusquement et se répand en quantité variable dans la chambre antérieure.

4° La résorption du sang est ordinairement assez rapide, mais l'affection est sujette à récidives et plusieurs épanchements se succèdent souvent avant la terminaison de l'iritis.

5° L'hémorrhagie dans l'iritis est d'un pronostic bénin et dans la plupart des cas même ne paraît pas retarder d'une manière appréciable la durée de la maladie.

6° Aussi croyons inutile dans la plupart des cas d'en arriver à une intervention chirurgicale. Le traitement ordinaire de l'iritis suffit d'habitude. Ce n'est que si ce traitement échoue qu'on sera autorisé à pratiquer la paracentèse.

Vu :
Le Président,
PANAS.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Leblanc. — Traité des maladies des yeux observées chez les principaux animaux domestiques, 1824.

Lawrence. — Traité pratique des maladies des yeux, 1830.

Desmarres. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, 1847.

Caron du Villards. — Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux, 1847.

Follin et Duplay. — Manuel de pathologie chirurgicale, t. II.

Jamin et Terrier. — Manuel de pathologie chirurgicale t. III.

Abadie. — Traité des maladies des yeux, 1876.

Hutchinson. — Iritis hémorrhagique, (ophtal. Hosp. Rép. Lond., 1876, VIII.

Alt. (A). — Hémorrhagie iritis with. spongy exsudation (Arch. d'opht. n. 1877-1878, VI).

Alt. (A). — Hémorrhagie iritis with. spongy exsudation (arch. f. Aug. n. ohr. Wiest. 1877, VI.

De Wecker et Landolt. — Traité complet d'ophtalmologie.

Galezowsski. — Traité des maladies des yeux.

Imre. — Berlin, Kl. Woch. 1878, (Ir. hémor.).

Galezowsski. — Iritis goutteuse avec hypohœma (Recueil d'oph. Paris, 1879).

Sabatier. — Etude sur les hypohœmas consécutifs aux opérations de cataractes. Lyon médical, 1879.

Broca. — Contribution à l'étude des hypohœmas consécutifs aux iritis et aux irido-cyclites (Arch. d'opht. Paris, 1883).

Hutchinson. — Opht. Trans. of. the M. K. 1888.

De Wecker et Masselon. — Manuel d'ophtalmologie.

Fuchs. — Manuel d'ophtalmologie, 1889.

Reche. — Drei fälle von Iritis hémorrhagique (Klin. monat.
f. aug. Stuttg, 1892.

Charcot et Bonchard. — Traité de médecine, t. 5.

Panas. — Iritis hémorrhagique. Traité des maladies des
yeux, t. I.

Teillais. — Communication au Congrès ophtalmologique
de Paris, 1894.

